Doyen

Résection du sternum

Résection partielle du sternum, des clavicules, et des 1res côtes, pour néoplasme malin.

PAR

E. DOYEN (de Reims).

La partie supérieure du médiastin est une des parties les plus dangereuses à aborder. Il ne sera donc pas sans intérêt de relater en quelques lignes une opération récente, où, dans un cas de néoplasme malin récidivé, adhérent à la fourchette du sternum et simulant au premier aspect un goitre volumineux, nous avons pratiqué la résection du tiers interne des deux clavicules, de l'extrémité interne des premières côtes et de la poignée du sternum.

Observation.

Ce malade, atteint en 1890 d'un sarcôme sous-cutané, développé en avant de la fourchette sternale, fut opéré pour la première fois à Paris en juin 1891. Il était âgé de 37 ans. En avril 1894, nous dûmes extirper une tumeur récidivée du volume d'une orange. Le perioste sternal fut réséqué.

Le 10 septembre 1895, ce malade se présenta de nouveau à notre clinique, porteur d'un néoplasme dont la figure ci-dessous indique mieux qu'une description les rapports et le volume (*Fig. 1*).

La tumeur coiffait la fourchette sternale et comprimait les gros vaisseaux de l'orifice supérieur du thorax.

Après nous être assuré par un examen minutieux que la face postérieure de cette masse sarcomateuse était encapsulée et mobile sur les organes du médiastin, nous décidâmes d'intervenir.

Opération.— Le malade chloroformé, la tumeur fut mise à nu par une incision transversale, empiétant de chaque côté jusqu'au tiers moyen de la clavicule.

La peau, amincie et adhérente à la partie la plus saillante du néoplasme, fut sacrifiée en ce point, et une courte incision verticale prolongea en T la première section vers la partie moyenne du sternum. La partie antéro-supérieure de la tumeur mise à nu, celle-ci fut isolée, à petits coups de ciseaux, des aponévroses cervicales antérieures qui furent réséquées sur une certaine étendue, de même que l'insertion des muscles sterno-hyoïdien, sterno-thyroïdien, et sterno-cleido-mastoïdien.

L'index gauche put alors pénétrer dans le médiastin, par-dessus la poignée du sternum, et guider de chaque côté une rugine à la face postérieure de l'articulation sterno-claviculaire.

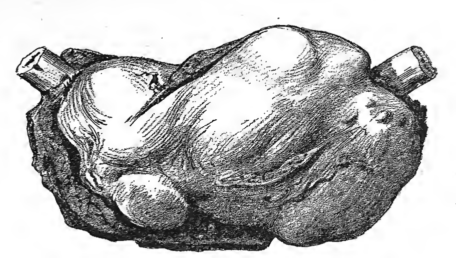


Fig. 1. — Sarcôme de la partie supérieure du sternum.

Diamètre verticale de la pièce	0,09 centim.
Diamètre transversal..................	0,15 centim.

La clavicule gauche fut dénudée de dedans en dehors, puis sectionnée à l'union de son tiers moyen avec le tiers externe, en deux coups d'une forte pince gouge. Le fragment interne, soulevé à l'aide d'une pince à os, fut détaché à coups de ciseaux de ses connexions profondes. La 1re côte fut sectionnée à son tour au voisinage de son cartilage et le tronc brachio-céphalique veineux gauche entièrement mis à découvert. Le bord gauche du sternum fut à son tour libéré, et la poignée entière détachée à l'aide d'une pince coupante.

La plèvre gauche, d'une minceur extrême, laissait apercevoir le poumon mobile et libre de toute adhérence. Le cœur battait sous les doigts.

La clavicule droite fut sectionnée au même point que la gauche ; de même la première côte droite, et, en quelques minutes, la masse morbide, soulevée avec les parties osseuses connexes, était détachée de la plèvre droite et du médiastin, où se gonflaient, énormes, à chaque expiration, les troncs veineux brachio-céphaliques droit et gauche et l'origine de la veine cave supérieure.

Suture complète de la peau et tamponnement sous-cutané, au niveau de la partie supérieure du médiastin.

Durée de l'opération, y compris les sutures, trois quarts d'heure.

Suites. — Le malade est sorti se promener, sans permission naturellement, 4 jours après l'intervention. Il est aujourd'hui complètement guéri.

* * *

Cette observation est intéressante à divers points de vue, malgré sa durée relativement longue, *trois quarts d'heure*, durée considérable si nous songeons que nous terminons journellement une hystérectomie vaginale en trois minutes et demie ; une hystérectomie abdominale totale, y compris la fermeture du ventre, en 20 à 25 minutes, et une néphrectomie en 10 à 15 minutes.

L'opération s'est faite sans la moindre perte de sang. Fidèle à notre mépris de toute hémostase préventive, nous avons pratiqué l'isolement méthodique de la tumeur avec l'index et les ciseaux, parfois avec la rugine, prêt à pincer les vaisseaux qui pourraient saigner, prêt même à suturer au besoin, en cas d'accident improbable, le tronc brachio-céphalique.

Nous avons employé en tout, au cours de l'intervention, *une* pince hémostatique, qui est restée 5 ou 10 minutes sur une artère cutanée, au niveau de la première incision.

Nous insisterons donc une fois de plus sur les avantages considérables qu'il y a à opérer avec hardiesse et méthode, fort de la connaissance approfondie des organes les plus inaccessibles, et prêt à parer avec un calme absolu aux complications les plus graves.

Nos procédés d'hystérectomie ont fait justice de l'hémostase préventive et du morcellement.

L'hémostase préventive est une erreur, excusable il y a 30 ou 40 ans.

Elle est incompatible avec les progrès récents de la chirurgie abdominale et générale. Dans la chirurgie des membres, la bande d'Esmarch ne nous sert pas comme appareil d'hémostase proprement dit ; elle aide à mieux poursuivre les foyers de carie et de tuberculose, déjà difficiles à découvrir jusque dans leurs dernières anfractuosités dans une région exsangue.

La bande élastique nous sert si peu, en pareil cas, comme appareil véritable d'hémostase que nous pansons nos évidements osseux et nos résections du genou avant de la dérouler, certains que nous sommes de n'avoir lésé aucun vaisseau important.

De même, on ne doit jamais morceler une tumeur susceptible

d'être enlevée d'une seule pièce. Cette pratique doit être réservée aux cas où il est indispensable de faire passer, par une boutonnière inextensible, une tumeur d'un diamètre supérieur.

Le morcellement est donc, au même titre que l'hémostase préventive, une méthode d'exception en chirurgie.

Le morcellement des tumeurs largement accessibles est d'ailleurs une opération pitoyable qu'auraient vite répudiée, comme illogique et defectueuse, les chirurgiens du commencement du siècle.

L'énucléation en masse des tumeurs accessibles, outre qu'elle n'expose pas à la réinoculation, fréquente en cas de sarcôme, dans la plaie même, est la seule méthode scientifique, puisqu'elle n'exige que les ligatures indispensables et permet à la fois d'opérer vite et d'obtenir une plaie chirurgicale nette et facile à réunir.
